

Información del Paciente

de Seguro Social _____ - _____ - _____
Nombre del Paciente: _____ Email: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial Segundo Nombre)
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono: Casa () _____ - _____ Trabajo () _____ - _____ Ext. _____ Cell () _____ - _____
Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Estado Civil: C S D W
Nombre y Dirección del Empleador: _____

Información de la Parte Responsable

Relación con el Paciente Mismo _____ Conyugue _____ Padre _____ Otro _____
Nombre: _____
(Apellido) (Nombre) (Inicial Segundo Nombre)
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Telefono: Casa () _____ - _____ Trabajo () _____ - _____ Ext. _____ Cell () _____ - _____
de Seguro Social _____ - _____ - _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

Información del Seguro

Seguro Primario

Nombre del Asegurador: _____ Número de Telefono () _____ - _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
de Poliza/ID: _____ # de Grupo _____ Nombre del Grupo _____
de Autorización/Pre-Certificación: _____

Seguro Secundario

Nombre del Asegurador: _____ Número de Telefono () _____ - _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
de Poliza/ID: _____ # de Grupo _____ Nombre del Grupo _____

Compensación al Empleado/ No Culpa (Rodear Uno Por Favor)

Fecha del Accidente: ____/____/____ ID de Poliza/Reclamo: _____ # de Aut./Pre-Cert: _____
Nombre del Asegurador: _____ Número de Telefono () _____ - _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____
Persona de Contacto/Abogado: _____ Número de Telefono () _____ - _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Zip: _____

Información del Accidente

Medico quien refiere: _____ Número de Telefono () _____ - _____
Diagnostico: _____ Fecha de la Receta: ____/____/____ Terapeuta: _____

Acuerdo de Pago: Sip or alguna razon my reclamo es negado y el pago por terapia fisica es retenido, yo me comprometo a pagar todos los cargos pendientes en su totalidad.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____

Nombre del Paciente: _____ Fecha: _____ Diagnostico: _____
Medico quien refiere: _____ Fecha de Visita: _____ Proxima Cita: _____

Alguna vez se le han hecho exámenes de diagnostico? SI NO Si es así, cuales exámenes y fechas aproximadas:

X-Ray: _____ MRI: _____ CT Scan: _____ Densidad Osea: _____
Medulograma: _____ EMG: _____ NCV: _____ Otros: _____

Cuando fue la primera vez que notó los síntomas de su herida/problema? _____
Los síntomas aumentaron gradualmente? _____ Aparecieron de subito? _____

Hubo un trauma/accidente el cual haya causado su problema? Por favor explique

Cuales síntomas esta presentando? _____

Ha tenido cirugía por esta herida? SI NO Si es así, cuantas cirugias 1 2 3 4

Procedimiento(s) realizado(s): _____

Cirujano: _____ Fecha de la ultima cirugía: _____

Esta actualmente tomado cualquier tipo de medicina no recetada (para esta condicion o cualquier otra)? Si es así, por favor listela en las categorias apropiadas:

Anti-inflamatorios: _____ Medicina Hypertensiva: _____
Relajante Muscular: _____ Medicina para densidad Osea: _____
Antibioticos: _____ Otros: _____

Ha recibido alguno de los siguientes servicios por esta herida/episodio?

Sala de Emergencia _____	Medico General _____	Acupunturista _____
Ortopedista _____	Terapia Fisica _____	Terapia de Masaje _____
Neurologo _____	Quiropractico _____	Podiatra _____
Terapia Ocupacional _____	Otros _____	

De un puntaje en la escala de 0 (no dolor) a 10 (dolor atroz, incapacitante) _____
Lo mejor en las ultimas 48 horas: _____ Lo peor en las ultimas 48 horas: _____ Durante la noche: _____

Es su dolor **Constante** o **Intermitente**? (Rodear Uno) Lo despierta su dolor en la noche? SI NO
Su dolor fluctua basado en su posición o actividades? _____
Es peor en la mañana (AM) o en la noche (PM)? (Rodear Uno) Se irradia de un area a otra? SI NO
Que actividades son dolorosas o dificiles debido a su problema? _____

Usted normalmente participa en actividades de ejercicio o deportes recreacionales? SI NO
Listarlos: _____

Le ha dado el medico quien lo refirió algunas instrucciones (ejemplo: para ejercicio, cargar peso, el uso de muletas)? SI NO

Historial Ortopedico: Por favor indique cualquier problema muscular, esquelético or neurologico, heridas o cirugias los cuales haya tenido en el pasado?

<u>Condiciones o Heridas/Cirugia</u>	<u>Fecha Aproximada</u>	<u>Tiene sintomas residuales?</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Historia Medica General: Ha tenido o tiene **ALGUNO** de los siguientes: (Marcar todos los que apliquen)

Alergias	Anemia	
Artritis: Osteoartritis	Artritis: Artritis Reumatoide	
Cuagulos/Embolia	Dificultades de Coagulos	
Problemas de Entrañas/Vejigas	Cancer	
Quimioterapia o Radiacion	Dolor de Pecho	
Sindrome de Fatiga Cronica	Enfermedad Coronaria o Angina	
Circunvencia Coronaria o Angioplastia	Diabetes	
Mareo o Desmayos	Enfisema/Problemas Pulmonares	
Problemas Emocionales o Psicologicos	Epilepsia/Convulsiones	
Gota	Dolores de Cabeza (severos o frecuentes)	
Dificultades auditivas	Infarto	
Hernia		
Alta Presion	Enfermedades infecciosas	
Reemplazo de Conyonturas: Cadera	Reemplazo de Conyonturas: Rodilla	
Reemplazo de Conyonturas: Hombro	Lupus	
Lyme Disease	Implantes de Metal	
Debilidad Muscular	Adormecimiento/calambres	
Osteoporosis	Marca Pasos	
RSD	Sarcoidosis	
Dificultad para respirar	Problemas al dormir	
Derrame Cerebral	Problema de Tiroide	
Problemas Vasculares	Dificultades de la Visision	

Por favor explique: _____

Perdida de peso? SI NO Perdida de Energia? SI NO Usted Fuma? SI NO Esta Embarazada? SI NO

Firma del Paciente/Guardian: _____ Fecha: _____

CONSENTIMIENTO PARA CUIDADO Y TRATAMIENTO

Yo, quien firma, por este medio esta de acuerdo y da su consentimiento a Recovery Physical Therapy a proveer el tratamiento medico y de cuidado considerado necesario y propio en el diagnostico y tratamiento de su condicion.

Paciente/Guardian _____ Fecha _____

ASIGNACION DE BENEFICIO Y DIVULGACION DE INFORMACION

Por medio de esta, yo asigno todos los beneficios medicos incluyendo los servicios medicos a los cuales tengo derecho incluyendo Medicare, Medicaid, seguro privado y terceras partes hacedoras de pagos a Recovery Physical Therapy. Una fotocopia de dicha asignacion es considerada tan valida como la original. Yo autorizo dicha asignacion a divulgar toda informacion.

Paciente/Guardian _____ Fecha _____

CLAUSULA DE POLIZA FINANCIERA

Nosotros le facturaremos a su corredor de seguros solamente como una cortesia a usted. Usted es responsable de la factura completa cuando los servicios sean rendidos. Nosotros requerimos que los pagos por su porcion estimada del la factura sean hechos hoy. Si su corredor de seguros no remite el pago, usted sera responsable por el balance complete. En el evento que su compañía de seguros requiera un reembolso del pago hecho, usted sera responsable por la cantidad de dinero reembolsada a su compañía de seguros. En el evento de que su compañía de seguors establezca un cobro interno usual, usted sera responsable por la diferencia que quede pendiente.

Si cualquier pago es hecho directamente a usted por los servicios que hemos facturado, usted debe reconocer su obligacion rapidamente y remitir el pago a Recovery Physical Therapy.

Lo anteriormente dicho no aplica a pacientes que estan considerados como Compensacion al Empleado. No obstante, sea avisado que si usted reclama beneficios de compensacion al empleado y subseguentemente es negado dichos beneficios, usted sera responsable the la cantidad total de los cargos por los servicios que le fueron rendidos.

Estoy de acuerdo y asiento que si fallo en hacer cualquiera de los pagos por los cuales soy responsable en manera propicia, sere responsable de los costos de colectar el dinero adeudado, incluyendo costos de corte, agencia de colecciones y abogados.

Por favor sea avisado que aquel paciente el cual no comparezca a su cita, o cancele dentro de 24 horas previa a su cita, le sera cobrado un cargo de \$25.00.

BENEFICIOS DE SEGURO ESTIMADOS

Pago estimado del paciente _____

Nota: La informacion de cobertura estimada es provista a los clientes como una cortesia, pero no es nuestra intencion liberarlos de la responsabilidad total del balance de su cuenta.

La informacion anteriormente expresada ha sido leida y me ha sido explicada. ENTIENDO MI RESPONSABILIDAD POR EL PAGO DE MI CUENTA.

Paciente/Guardian/Parte Responsable _____ Fecha _____

Representante del Centro/Testigo _____ Fecha _____

ACUERDO DEL PACIENTE

- La terapia fisica es solo por referimiento medico y cita.
- Si el paciente llega mas de 15 minutos despues de la cita, **RECOVERY PT** se reserva el derecho de cancelar la cita y hacer un cargo de cancelacion de \$25.
- Una cita hecha **DEBE SER CANCELADA POR LO MENOS 24 HORAS ANTES O DE LO CONTRARIO SE LE CARGARA \$25.00** como cargo de cancelacion.
- Una cita cancelacion se puede rehacer **PARA EVITAR EL CARGO POR CANCELACION** si dicha cita es hecha durante el mismo periodo de Lunes a Viernes (antes del fin de semana entrante). En otras palabras, si el paciente empieza la semana con dos citas y completa dos tratamientos durante la misma, no se le cobraran cargos por cancelacion si cancela una de las citas y la pospone para la misma semana.
- Al fin de cada seman, **TODOS LOS PACIENTES**, incluyendo aquellos quienes son elegibles para No-Culpa, Compensacion al Empleado, Medicare u otro seguro, **SERAN DIRECTAMENTE RESPONSABLES POR EL PAGO de \$25.00 DE CADA CITA PERDIDA O CANCELADA** (no pospuesta).
- Si el paciente pierde dos citas concecutivas sin llamara para cancelar, el paciente sera removido de la lista y perdera todas las citas futuras permanentemente.
- Si el paciente no rehace su cita, **EL PACIENTE SERA FACTURADO POR LA CITA ORIGINAL Y POR LA QUE POSPUSO.**
- POR FAVOR INFORME A LA RECEPCION DE TODOS LOS CAMBIOS HECHOS. SU TERAPISTA NO ES RESPONSIBLE DE EL HORARIO.**
- Pago completo del cargo deducible y de todos los co-pagos inciales deberan ser hechos directamente a **RECOVERY PHYSICAL THERAPY** en el momento de su visita inicial.
- SI ocurren cambios en el seguro del paciente/cobertura, el paciente conciente a informar a Recovery Physical Therapy tan pronto sea posible de dichos cambios.

_____ Entiendo que pagare todos los cobros por tratamientos directamente a Recovery PT

_____ Entiendo que soy responsable por el deducible, los co-pagos y los cargos de cancelacion por no presentarme a las citas.

_____ Afirmo que no soy elegible para No-Falta, Compensacion al Empleado o Medicare.

Estoy de acuerdo con los terminos anteriormente.

Nombre _____ Fecha _____

Firma _____

CONCIENTIZACION AL PACIENTE ACERCA DE HIPAA

Con mi consentimiento, Recovery Physical Therapy, P.C. puede usar y proveer informacion de salud protegida (PHI) sobre mi para procesar tratamiento, pagos y operaciones del cuidado de la salud (TPO). Favor de leer el panfleto de practicas de privacidad de Recovery Physical Therapy para una descripcion completa de los usos y provisiones.

Se me ha dado una copia del panfleto de Practicas de Privacidad antes de firmar este consentimiento. Recovery Physical Therapy se reserve el derecho de revisar su panfleto de Practicas de Privacidad en cualquier momento. Una copia revisada del Panfleto de Practicas de Privacidad puede ser obtenida requiriendola por escrito al Oficial de Privacidad.

Con mi consentimiento, las oficinas de Recovery Physical Therapy pueden llamar a mi casa u otra localidad designada y dejar un mensaje en el correo de voz, o en persona en referencia a practicas las cuales asistan a las operaciones del cuidado de la salud (TPO), tales como citas, recordatorios, articulos de seguros o cualquier llamada referente a mi cuidado clinico, incluyendo resultados de laboratorios entre otros.

Con mi consentimiento, las oficinas de Recovery Physical Therapy pueden enviar por correo a mi casa, u otra localidad designada, cualquier articulo que les asista en las operaciones del cuidado de la salud (TPO), tales como citas, tarjetas de recordatorio y estados del paciente siempre y cuando esten marcados como Personal y Confidencial. Tengo el derecho de requerir que Recovery Physical Therapy restrinja como usar y divulgar mi informacion de salud protegida (PHI) para realizar operaciones del cuidado de la salud (TPO). No obstante, ellos no estan obligados a estar de acuerdo con mis requisiciones restringidas, pero si lo hacen estaran obligados por este acuerdo.

Al firmar este formulario, estoy permitiendo que Recovery Physical Therapy, P.C. use y divulgue mi Informacion de Salud Protegida, para Tratamiento y Operacion de Pago.

Puedo revocar mi consentimiento por escrito siempre y cuando la oficina ya no haya hecho divulgaciones basadas en mi consentimiento previo.

Firma del Paciente o Guardian Legal

Fecha